แบบสอบถามอาการผู้ป่วยแผนกอายุรกรรม 內科問診票

กรุณาใส่เครื่องหมาย ใน 🗹 ข้	้อสอบถามต่างๆดังต่อไปนี้ ธर	はまるものにチェックし ⁻	てください		司 衛	เดือน 💆	วันที่ 🖺
ชื่อและนามสกุล ^๕ ถึ				□ชาย		หญิง ^{‡្រុ} វ	
วันเดือนปีเกิด 生年月日		เ ดือน 月	วันที่ ็	🗄 เบอร์โทรศ์	พท์ 電話		
ที่อยู่ ^{ยังอับ} ะ 住所							
มีใบประกันสุขภาพหรือ	」 しまは、はいこう ほけん も は、 は、 は、 は、 は、 は、 は、 は、 は、 は、 は、 は、 は、		ูมี はい	่ □ไม่มี เงเง	え		
สัญชาติ घक्ष			ภาษา 言葉				
มีอาการอย่างไร ๕๖๒฿		*				*** 1.*	
ื่ □มีไข้ (องศา) ੈੈ □ปวดหน้าอก ฝั่ง่ั‱ั่ง			่ □ไอ せき □หัวใจเต้นเร็	3 めき	่ ⊟ปวดศ	ゔ゙ษ ะ 頭が痛い จหอบ !e が จหอบ !e がれ	
□ 刀つ게 むくみ □ 刀つ게 むくみ	บผนแต่ง жบก บ วิงเวียน めまい			a 』 動学 ta なる n 胸が苦しい	⊔ท เย เ ⊟ปวดท้	anell 息動化 anell 息動化 anell 高動作	
ปวดกระเพาะอาหาร <u>เ</u>	ฅู่่ท่ั่ั่ดีเง □ ความดันโ ลหิเ	であり 月有り 高血圧	่⊐เหน็บชา ∪	びれ	 □คอแห้	、 <b td="" いっ="" いっ<="" かっ=""><td></td>	
□น้ำหนักลดลง 体重が減						si a toxh	
□อาเจียน দ □อ่อนเพลีย だるい	□คลื่นใส้ นี้き気 □เหนื่อยง่าย <i>ั</i> ่ช		ุ่□ท้องเสีย [†] ั		่ □อุจจาร	ระเป็นเลือด 🎞 🌣	
 มีอาการตั้งแต่เมื่อไหร่ -							
	举 เดือน ฅ	วันที่ 日から					
	+ เพียน カ อาหารหรือไม่ 薬や食べ物で						
	อาหาร 食べ物 □ อื่นๆ その						
	」 BINI3 展へ物 」 Bu 3 そく けいさいの すり 現在飲んでいる薬はありますか		- FYICHED COCK				
	1 現在飲んでいる楽はありますが 						
	ขอาททน สารเหนเฉีย เงื่อ อาจตั้งครรภ์หรือไม่ 妊娠し						
	_ เดือน か月 □ไม่						
				၅ <u>-</u> 9	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	_ካ .!ባ.ሦ ~	
ให้นมบุตรอยู่หรือไม่ 慢		びょうき		ู่ □ เห	はい 	□ไม่ให้ เงเงえ	
	ไปน ี้หรือไม่ 今までにかかった			- アドトラき		1.4ぞう びとうき	
□โรคกระเพาะอาหารแ □โรคไต 腎臓の病気	ละลำไส้ 曽腸の病気 □ วัณโรค 結核		าโรคตับ 觧臓の วโรคเบาหวาน			หัวใจ 心臓の病気 J หืด ぜんそく	
⊔ เวศเต 青臕⑺炳凤 ⊓โรคความดับโลหิตสง	□ วีน เรค 結核 รัล血圧症 □ โรคเอดส์ エ	く ∟ ニイズ ┌	⊥เวคเบาหวาน เโรดต่อมไทรจ	相脉病 ~ごじょうせん びょうき)別の 甲状腺の病気	⊔หบา ี ⊓ซิฟิล์	」がめ せんそく える 梅毒	
□ อื่นๆ その他						101 13-3	
	ษาอยู่หรือไม่ 現在治療してเ	 _{びなうき} いる病気はあります	 すか	่ ⊐มี (まい まい	่ ∐ม่มี เงเงえ	
เคยได้รับการผ่าตัดหรือ	っしょ 手術を受けたことがありま	すか		่□เค	ย はい	□ ไม่เคย เงเง	え
	ทหรือไม่ 輸血を受けたことがま				り はい	่ □ไม่เคย เ่งเง	え
ครั้งต่อไป สามารถนำล่	ามมาเองได้หรือไม่ 今後、	つうやく じぶん っ通訳を自分で連れ	てくることができま	きすか			
่ □ได้ ฝง □ไม่ได้	いいえ						

แบบสอบถามอาการแผนกศัลยกรรม



กรุณาใส่เครื่องหมาย ใน 🗹 ข้อสอบถามต่างๆดังต่อไปนี้ ธてはまるものにチェックしてください				り 年	เดือน 月	วันที่ ^{เฮ}
ชื่อและนามสกุล ^{な 栽}			□ชาย 第		⊒หญิง 🌣	
วันเดือนปีเกิด 生年月日	ปี 年เดือน 🥍	∋์วันท์	า่ ⊟ี เบอร์โทร	รศัพท์ 電話		
ที่อยู่ 住所						
มีใบประกันสุขภาพหรือ	します 健康保険を持っていますか?	□มี はい	่ □ไม่มี เง	いえ		
สัญชาติ ^{४५६} घक्ष		ภาษา 言葉				

มือการอย่างไร どうしましたか 「มิโช้ (องศา) 繁かめる 「ปวดท้อง お腹か痛い 「บาดแผล けが 症状のあるところに見をしててたさい 「แผล พุทธ) やけど 「มีก้อนเนื้อนยื่อ してり 「เห็นขา しぴれ 「แล พุทธ) やけど 「มีก้อนเนื้อนยื่อ してり 「เห็นขา しぴれ 「คลื่อ ชื่ดยอก ひねった 「ปากหักลดลง 体差が成っている 「คัน かゆい 「วัดสีดางทวาร ตั 「อจจาระเป็นเลือด 直便 「คอ (ต่อมไทรอยด์) のど(単純素) 「อัด			
แผลพุพอง ซาย มีก่อนเนื้อแล้ง L22 เหน็บชา UPA เคล ซัย มีก่อนเนื้อแล้ง L22 เคล ซัย ซัย น้ำหน้าลดลง 深重が減っている ค้าน かゆい เจ้า			โปรดทำเครื่องหมายวงกลมตรงที่มีอาการ
□กาะเพาะอาหาร 胃 □ละดอ へそ □ลาเล 器 มีอาการตั้งแต่เมื่อใหร่ それはいつからですか □เคย ぱい → □ยา 業 □อาหาร 強へ物 □อิ่นๆ その他 □ไม่เคย いいえ บ้จจุบันกินยาอยู่หรือไม่ 異在飲んでいる業はありますか □กิน ぱい → โปรดแสดงยาที่กิน 持っていれば見せてください □ไม่ได้กิน いいえ ขณะนี้ตั้งครรภ์อยู่ หรืออาจดังครรภ์หรือไม่ 妊娠していますか、またその可能健はありますか □ดังครรภ์ ぱい → เดือน ケ月 □ไม่ได้ดังครรภ์ いいえ 「หันมบุตรอยู่หรือไม่ 授業ですか □【ห้ ぱい □【ม่ไห้ いいえ 「หันมบุตรอยู่หรือไม่ 授業ですか □【ห้ ぱい □【ม่ไห้ いいえ 「หันมบุตรอยู่หรือไม่ 授業ですか □【ห ぱい □【ม่ไห้ いいえ 「หันมบุตรอยู่หรือไม่ 授業ですか □【รคดังต่อไปนี้หรือไม่ 今までにかかった誘気はありますか □「รคกระเพาะอาหารและลำไส้ 背景の诱気 □「รคดัง 計解の消気 □「รคดัง 計解の消気 □ならが高い。」 「โรคดระเพาะอาหารและลำไส้ 背景の済気 □「รคเอดส์ エイズ □【รคด่อมไทรอยด์ 単状態の病気 □ならが高の消気 □ない □【ない □【はい □【はい □【はい □【はい □【はい □【はい □【はい □【は	□แผลพุพอง やけど □มีก้อนเนื้อแข็ง しこり □เคล็ด ขัดยอก ひねった □น้ำหนักลดลง 体重が減っている □นิ่ว 施若 □บวม 腫れ □อุจจาระเป็นเลือด 血逆 □คอ (ต่อมไทรอยด์) のど(甲状腺) □อื่นๆ その徳	□เหน็บชา レびれ □คัน かゆい □ริดสีดวงทวาร ฿๎ฺ	症状のあるところに丸をしてください
ตั้งแต่ปี準 เดือน 月 วันที่ ชีกธ เคยมีอาการแพ้ยาและอาหารหรือไม่ 業や食べ物でアレルギーが出ますか □เคย はい→□ยา策 □อาหาร 食べ物 □व้นๆ その他 □ไม่เคย いいえ ปัจจุบันกินยาอยู่หรือไม่ 現在飲んでいる業はありますか □กิน はい→ โปรดแสดงยาที่กิน 持っていれば見せてください □ไม่ได้กิน いいえ ขณะนี้ตั้งครรภ์อยู่ หรืออาจตั้งครรภ์หรือไม่ 妊娠していますか、またその可能性はありますか □ด้งครรภ์ はい→	□กระเพาะอาหาร 胄 □สะดอ へそ	□เต้านม 乳房 □ลำไส ็腸๋	
เคยมีอาการแพ้ยาและอาหารหรือไม่ 薬や食べ物でアレルギーが出ますか □เดย はい → □ 21 菜 □ อาหาร 食べ物 □ อื่น ๆ その他 □ ไม่เคย いいえ ปัจจุบันกินยาอยู่หรือไม่ 接着飲んでいる業はありますか □กิน はい → โปรดแสดงยาที่กิน 持っていれば見せてください □ ไม่ได้กิน いいえ ขณะนี้ตั้งครรภ์อยู่ หรืออาจตั้งครรภ์หรือไม่ 妊娠していますか、またその可能性はありますか □ ด้งครรภ์ はい →			
「โคย はい → 「ยา 案 「อาหาร 養へ物 「อื่นๆ その他 「ไม่เคย いいえ ปัจจุบันกินยาอยู่หรือไม่ 現在飲んでいる業はありますか	ตั้งแต่ปี 举 เดือน ฅ๊ วันที่ โร็กร		
บ้างจุบันกินยาอยู่หรือไม่ 現在飲んでいる薬はありますか 「กัน はい → โปรดแสดงยาที่กิน 持っていれば見せてください 「ไม่ได้กัน いいえ 如ねたばめังครรภ์อยู่ หรืออาจดังครรภ์หรือไม่ 妊娠していますか、またその可能性はありますか 「ตั้งครรภ์ はい → 「เดือน が月 「ไม่ได้ตั้งครรภ์ いいえ 「หันมบุตรอยู่หรือไม่ 授乳中ですか 「ให้ はい 「ไม่ให้ いいえ 「หันมบุตรอยู่หรือไม่ 授乳中ですか 「ให้ はい 「ไม่ให้ いいえ 「คยป่วยเป็นโรคดังต่อไปนี้หรือไม่ 今までにかかった精気はありますか 「โรคกระเพาะอาหารและลำไส้ 胃臓の病気 「โรคเบาหวาน 糖尿病 「หอบทิด ぜんそく」 「โรคกระเพาะอาหารและลำไส้ 胃臓の病気 「โรคเอดส์ エイズ 「โรคต่อมไทรอยด์ 甲状腺の病気 「別る高 梅毒」 「อ๋นๆ その他 บ้างจุบันมีโรคที่กำลังรักษาอยู่หรือไม่ 現在治療している病気はありますか 「มี はい 「ไม่มี いいえ 「คยได้รับการผ่าตัดหรือไม่ 手術を受けたことがありますか 「เคย はい 「ไม่เคย いいえ เคยใช้ราการผ่าตัดหรือไม่ 華爺を受けたことがありましたか 「เคย はい 「ไม่เคย いいえ คำถามสำหรับผู้ที่มีใบมอบส่งตัวจากแพทย 紹介状のある方だけ書いてください มีฟิล์มเอกชเรย์หรือไม่ レントゲンフィルムを持っていますか 「มี はい 「ไม่มี いいえ	เคยมีอาการแพ้ยาและอาหารหรือไม่ ************************************	か	
「กิน はい → โปรดแสดงยาที่กิน 持っていれば見せてください] ไม่เคย เงเงえ	
ขณะนี้ตั้งครรภ์อยู่ หรืออาจตั้งครรภ์หรือไม่ 妊娠していますか、またその奇麗性はありますか	ปัจจุบันกินยาอยู่หรือไม่ 現在飲んでいる薬はありますか		
「ด้งครรภ์ はい → เดือน が月	□ กิน はい → โปรดแสดงยาที่กิน 持็っていれば見ืせてください □【	ไม่ได้กิน เงเงิ	
ให้นมบุตรอยู่หรือไม่ 授乳中ですか			
เคยป่วยเป็นโรคดังต่อไปนี้หรือไม่ 今までにかかった病気はありますか □โรคกระเพาะอาหารและลำไส้ 青霧の病気 □โรคตับ 肝臓の病気 □โรคหัวใจ 心臓の病気 □โรคตับ 肝臓の病気 □โรคตับ 肝臓の病気 □ いかえ 「โรคตับ 肝臓の病気 □ いかえ 「โรคตับ 肝臓の病気 □ いかえ 「โรคตับ 肝臓の病気 □ いいえ 「โรคตับ 肝臓の病気 □ いいえ 「โรคตับ 肝臓の病気 □ いいえ 「โรคความดัน โลหิตสูง 常血圧症 □ โรคเอดส์ エイズ □ โรคต่อมไทรอยด์ 甲状腺の病気 □ ชิฟิลิส 梅毒 □ อื่น ๆ その他 □ おい □ はい	□ตั้งครรภ์ はい → เดือน ร ^{หรอ} □ไม่ได้ตั้งครรภ์ いเ	ハえ	
□โรคกระเพาะอาหารและลำไส้ 曹陽の病気 □โรคตับ 肝臓の病気 □โรคหัว ใจ 心臓の病気 □โรคหัว ใจ 心臓の病気 □ โรคหัว ใจ 心臓の病気 □ 「โรคเบาหวาน 糖尿病 □ หอบหืด ぜんそく □โรคความดัน โลหิตสูง 高血圧症 □โรคเอดส์ エイズ □โรคต่อมไทรอยด์ 甲状腺の病気 □ ชิฟิลิส 梅毒 □ อื่นๆ その他 □ ปัจจุบันมี โรคที่กำลังรักษาอยู่หรือไม่ 現在治療している病気はありますか □ にคย はい □ ไม่มี いいえ □ にคยได้รับการผ่าตัดหรือไม่ 季術を受けたことがありますか □ にคย はい □ ไม่เคย いいえ □ にคยใช้ยาสลบแล้วมีปัญหาหรือไม่ 森酔をして何かトラブルがありましたか □ にคย はい □ ไม่เคย いいえ □ คอใช้ยาสลบแล้วมีปัญหาหรือไม่ 森酔をして何かトラブルがありましたか □ にคย はい □ ไม่เคย いいえ □ おามสำหรับผู้ที่มี ใบมอบส่งตัวจากแพทย 紹介状のある芳だけ書いてください □ มี はい □ 【ม่มี いいえ			□ ให้ はい □ ไม่ให้ いいえ
□โรคไต 脊髄の病気 □วัณโรค 結核 □โรคเบาหวาน 糖尿病 □หอบหืด ぜんそく □โรคความดันโลหิตสูง 高血圧症 □โรคเอดส์ エイズ □โรคต่อมไทรอยด์ 甲状腺の病気 □ชิฟิลิส 梅毒 □อื่นๆ その他 ปัจจุบันมีโรคที่กำลังรักษาอยู่หรือไม่ 現在溶療している病気はありますか □มี はい □ไม่มี いいえ เคยได้รับการผ่าตัดหรือไม่ 季術を受けたことがありますか □เคย はい □ไม่เคย いいえ เคยได้รับการถ่ายโลหิตหรือไม่ 輪血を受けたことがありますか □เคย はい □ไม่เคย いいえ เคยใช้ยาสลบแล้วมีปัญหาหรือไม่ 麻酔をして何かトラブルがありましたか □เคย はい □ไม่เคย いいえ คำถามสำหรับผู้ที่มีใบมอบส่งตัวจากแพทย 紹介状のある方だけ書いてください มีฟิล์มเอกซเรย์หรือไม่ レントゲンフィルムを持っていますか □มี はい □ไม่มี いいえ	เคยป่วยเป็น โรคดังต่อไปนี้หรือไม่ 今までにかかった病気はありますか		
เคยได้รับการผ่าตัดหรือไม่ รัก็を受けたことがありますか □ เคย はい □ ไม่เคย いいえ เคยใด้รับการถ่าย โลหิตหรือไม่ พิฒิธ อี้ ประวัย ประวัย ประวัย ประวัย บริกัย บริกัย ประวัย บริกัย บริกัย ประวัย บริกัย ประวัย บริกัย ประวัย บริกัย ประวัย บริกัย บริกัย ประวัย ประวัย ประวัย บริกัย ประวัย บริกัย ประวัย บริกัย ประวัย บริกัย ประวัย บริกัย ประวัย บริกัย ประวัย ประวัย บริกัย ประวัย ปร	□โรคไต 腎臓の病気 □วัณโรค 結核 □โ □โรคความดันโลหิตสูง 富血産症 □โรคเอดส์ エイズ □โ □อื่นๆ その徳	รคเบาหวาน 糖尿病 รคต่อมไทรอยด ์ 甲状腺	□ หอบหืด ぜんそく ^{ぴょラё} の病気 □ ชิฟิลิส 梅 毒
เคยได้รับการถ่ายโลหิตหรือไม่ พี่เมื่อย อี้ประวะท้องสร่าง □เคย はい □ไม่เคย เกเงิ เคยใช้ยาสลบแล้วมีปัญหาหรือไม่ 麻酔をして何かトラブルがありましたか □เคย はい □ไม่เคย เกเงิ คำถามสำหรับผู้ที่มีใบมอบส่งตัวจากแพทย ลีกหังกระบางสำหรับแล้ว เกราะหร้องสร้ายปลับงางสะที่สาดสะเย็นสำหรับแล้ว เกราะหร้องสร้ายปลับงางสะที่สาดสะเย็นสาดสะเ	ปัจจุบันมี โรคที่กำลังรักษาอยู่หรือไม่ 現在治療している病気はありますか	5 \	□ มี ฝเง □ ไม่มี เงเงลั
เคยใช้ยาสลบแล้วมีปัญหาหรือไม่ 麻酔をして何かトラブルがありましたか □ เคย はい □ ไม่เคย いいえ คำถามสำหรับผู้ที่มีใบมอบส่งตัวจากแพทย 紹介状のある方だけ書いてください มีฟิล์มเอกซเรย์หรือไม่ レントゲンフィルムを持っていますか □มี はい □ไม่มี いいえ	เคยได้รับการผ่าตัดหรือไม่ 手術を受けたことがありますか		□ เคย はい □ ไม่เคย いいえ
คำถามสำหรับผู้ที่มีใบมอบส่งตัวจากแพทย ลีก หักหัดสอก หัก หลับแล้ว และ เล่า เล่า เล่า เล่า เล่า เล่า เล่า เล่า			□ เคย はい □ ไม่เคย いいえ
มีฟิล์มเอกซเรย์หรือไม่ レントゲンフィルムを持っていますか □มี はい □ไม่มี いいえ			□ เคย はい □ ไม่เคย いいえ
	คำถามสำหรับผู้ที่มีใบมอบส่งตัวจากแพทย ่紹介状のある方だけ書い	てください	
มีฟิล์มของการส่องกล้องตรวจภายในหรือไม่ 内視鏡フィルムを持っていますか □มี はい □ไม่มี いいえ			_ม ี はいไม่มี いいえ
	มีฟิล์มของการส่องกล้องตรวจภายในหรือไม่ 内視鏡フィルムを持って	いますか	□ มี はい □ ไม่มี いいえ

〈1/2ページ〉

ครั้งต่อไป สาม	มารถนำล่ามมาเองได้หรือไม่ 今後、通訳を自分で連れてくることができますか
□ได้ はい	□ ไม่ได้ เหง่ิ

https://www.kifjp.org/medical

⑥ NPO法人国際交流ハーティ港南台& (II) (公財)かながわ国際交流財団

⟨2024.4⟩

แบบสอบถามแผนกศัลยกรรมกระดูก ^{整形外科問診票}

กรุณาใส่เครื่องหมาย ใน 🗹 ข้อสอบถามต่างๆดังต่อไปนี้ ธてはまるものにチェックしてください				刮 ねん 年	เดือน 月	วันที่ ^{เธ}
ชื่อและนามสกุล ^{ឧझี}			□ชาย 第		าหญิง 🌣	
วันเดือนปีเกิด 生年月日	เดือน	^{ทัว} ว ันที่	🗄 เบอร์โทรศ์	ัพท์ 電話		
ที่อยู่ 住所						
มีใบประกันสุขภาพหรือ	しまがなう ほけん も 健康保険を持っていますか?	่ □มี はい	่ ไม่มี เหก	え		
สัญชาติ ^{व्यक}		ภาษา 言葉				

มีอาการอย่างไร どうしましたか	โปรดทำเครื่องหมายวงกลมตรงที่มีอาการ
□มีไข้(องศา) 鬣がある □เจ็บ 端み	症状のあるところに丸をしてください
🗆 บาดแผลู けが 🗆 แผลพุพอง やけど	
□มีก้อนเนื้อแข็ง ∪zท 🗆 บวม はれもの	
□ คัน かゆい □เห น็บชา レ℧ᡮ	
□เคล็ด ขัดยอก ひねった □น้ำหนักลดลง 体重が減っている	
□ อื่นๆ その他	
มีอาการตั้งแต่เมื่อไหร่ それはいつからですか	
ตั้งแต่ปี देเดือน 月วันที่ 🛱 ก่อ	
เคยมือาการแพ้ยาและอาหารหรือไม่ 薬や食べ物でアレルギーが出ますか	
□เคย はい → □ยา 薬 □อาหาร 食べ物 □อื่นๆ その他 □ไม่เคย いいえ	ky/ \www.
ปัจจุบันกินยาอยู่หรือไม่ 現在飲んでいる薬はありますか	
□กิน はい → โปรดแสดงยาที่กิน ห็้วていればื้อせてください □ไม่ได้กิน いいえ	
ขณะนี้ตั้งครรภ์อยู่ หรืออาจตั้งครรภ์หรือไม่ 妊娠していますか、またその可能性はありますか	
ロตั้งครรภ์ はい → เดือน が角 □ไม่ได้ตั้งครรภ์ เงเงえ	
4 4	□ ให ้ はい □ ไม่ให้ いいえ
เคยป่วยเป็นโรคดังต่อไปนี้หรือไม่ 今までにかかった病気はありますか	
□ โรคกระเพาะอาหารและลำไส้ 胃腸の病気 □ โรคตับ 貯臓の病気 □ โรคเบาหวาน 糖尿病 □ โรคไต 腎臓の病気 □ โรคเบาหวาน 糖尿病	□โรคหัวใจ 怂恿の羨羨
□ โรคไต 腎臓の病気 □ วัณ โรค 結核 □ โรคเบาหวาน 糖尿病	□ หอบหืด ぜんそく
□ โรคความดัน โลหิตสูง 高血圧症 □ โรคเอดส์ エイズ □ โรคต่อมไทรอยด์ 甲状腺	ळर्तुई □र्छिभितित सिंह
□อื่นๆ その他	
ปัจจุบันมีโรคที่กำลังรักษาอยู่หรือไม่ 現在治療している病気はありますか	ู่⊓มี ฝเง ่ ่ไม่มี เงเงิ
เคยได้รับการผ่าตัดหรือไม่ 手術を受けたことがありますか	□ เคย はい □ ไม่เคย いいえ
เคยได้รับการถ่าย โลหิตหรือไม่ 輸血を受けたことがありますか	□เคย はい □ ไม่เคย いいえ
เคยใช้ยาสลบแล้วมีปัญหาหรือไม่ 麻酔をして何かトラブルがありましたか	□เคย はい □ ไม่เคย いいえ
ครั้งต่อไป สามารถนำล่ามมาเองได้หรือไม่ 今後、通訳を自分で連れてくることができますか	
□ ได้ ๘เง □ ไม่ได้ เงเงえิ	

แบบสอบถามอาการแผนกศัลยกรรมประสาทสมอง

脳神経外科問診票

์ ภาษาไทย _{タイ語}

เดือน 月 **旬**ねん กรุณาใส่เครื่องหมาย ใน 🗹 ข้อสอบถามต่างๆดังต่อไปนี้ ฮてผ่สลียดตรรมทุปปรุงต้อง วันที่ ⊟ี □หญิง 女 ชื่อและนามสกล 名前 ____วันที่ ⊟็ วันเดือนปีเกิด 生年月日 ปี 年 **เดือน** 月 เบอร์โทรศัพท์ 電話 ที่อย่ ^{เพราบ}ะ 住所 มีใบประกันสุขภาพหรือไม่ 健康保険を持っていますか? **⊐มี** はい **⊓ไม่มี** เงเงสั. ภาษา 言葉 สัญชาติ 国籍 มีคาการคย่างไร どうしましたか **□ปวดศีรษะ** 頭が痛い □เวียนศีรษะ めまい □คลื่นใส้ นี้ き気 ่ ⊓อาเจียน ๛ี๊ั๊ั่ ่□รู้สึกมีเสียงอื้อในหู 躇 🌣 🤈 **□เหน็บชา** しびれ □แทนทาเป็นเหน็บชา 手堂のふるえ □เมื่อยไหล่ 鶯こり □หมดสติ 意識がなくなる □มองเห็นไม่ชัด 物が覚えにくい □เดินไม่สะดวก 寒きにくい **□ อื่นๆ** その他 □แขนขาเคลื่อนไหวไม่สะดวก 手髭の勤きが戀い __ ตั้งแต่ปี 荦 ____ เดือน 岿 วันที่ 🖺 วันที่ **มีอาการตั้งแต่เมื่อไหร่** それはいつからですか **ศีรษะเคยได้รับการกระทบกระเทือนมาหรือไม่** 顔をぶつけましたか ปี年 เดือน 月 ว**ันที่** 🖽 から **⊓ไม่เคย** เงเงえ เคยเกิดอุบัติเหตุบนถนนหรือไม่ 交通事故ですか 口เกิด はい 口ไม่เกิด いいえ **คำถามสำหรับผู้ที่ปวดศีรษะ** 頭が痛い方への質問です เจ็บตรงไหน どこが痛みますか □**ศีรษะด้านหลัง** 後頭部 □**ข้างขวา** 右横 □**ข้างซ้าย** 左横 □**ทั่วทั้งศีรษะ** 頭全体 เจ็บอย่างไร ะัดように痛みますか □เต้นตุ๊บๆตึกๆ ズキンズキン □ปวดอย่างรุนแรง ガンガン □ปวดเหมือนหัวจะแตก ガーンと割れるように □รู้สึกชา キリキリ □ปวดจื๊ดขึ้นมา チクチク □อื่นๆ その他 มือาการเจ็บมากที่สุดเวลาไหน いつが一番痛いですか □ตอนเย็น 覆 □ตลอดทั้งวัน ^{──日中} ุ ุ ฅอนเช้า 朝 ี ⊓ตอนกลางวัน 🖺 เคยมีอาการแพ้ยาและอาหารหรือไม่、薬や食べ物でアレルギーが出ますか □**เคย** はい → □**ยา**薬 □**อาหาร** 食べ物 □**อื่นๆ** その他 **่ ∐ไม่เคย** เงเงえ **ปัจจุบันกินยาอยู่หรือไม**่ ^{เมื่อเก}็จ มีสะตั้งกับเอ**ะ**แสตร **□กิน** ฝเง → **โปรดแสดงยาที่กิน** 持っていれば覚せてください ่ □ไม่ได้กิน เงเงิ ขณะนี้ตั้งครรภ์อยู่ หรืออาจตั้งครรภ์หรือไม่ 妊娠していますか、またその可能性はありますか \square ตั้งครรภ์ ablaเท ightarrow เดือน $abla^{n}$ คิ \square ไม่ได้ตั้งครรภ์ เกเนิ

ให**้นมบุตรอยู่หรือไม่** 授乳中ですか

่ □ไม่ให้ เงเงิ

ี่ **ให้** はい

ที่ผ่านมาเคยป่วยเป็นโรคอะไรบ้าง 👇 までにかかった病気はありますか					
□ โรคกระเพาะอาหารและลำไส้ 胃腸の病気 □ โรคไต 腎臓の病気 □ วัณ โรค 結核 □ โรคความดัน โลหิตสูง 高血圧症 □ โรคเอดส์ エイズ □อื่นๆ その他	□โรคตับ 滸麣の羨気 □โรคเบาหวาน 糖尿病 □โรคต่อมไทรอยด์ 甲状態	 ⊓หอ'	าหัวใจ 心臓の病気 บหืด ぜんそく ลิส 梅毒		
ปัจจุบันมีโรคที่กำลังรักษาอยู่หรือไม่ 現在治療している病気に	 はありますか	□มี はい	่ ∐ม่มี เงเงえ		
ดื่มเหล้าหรือไม่ お酒を飲みますか	ี □ดื่ม はい→ วันละ/ม	ม.ล. ml/⊟็	□ ไม่ดื่ม เงเงえ		
สูบบุหรี่หรือไม่ たばこを吸いますか	□สูบ はい→ วันละ/ม	」วน 本/日	่ □ไม่สูบ เหเริ		
เคยได้รับการผ่าตัดหรือไม่ 手術を受けたことがありますか		□เคย はい	□ไม่เคย เงเงえ		
เคยใช้ยาสลบแล้วมีปัญหาหรือไม่ 彝्かをして何かトラブルが	ありましたか	□เคย はい	□ไม่เคย เงเงえ		
ครั้งต่อไป สามารถนำล่ามมาเองได้หรือไม่ 今後、通訳を首	^{然、っ} 分で連れてくることができますか				
□ได้ ๘เง □ ไม่ได้ เงเงえ					

https://www.kifjp.org/medical



⟨2024.4⟩

แบบสอบถามแผนกจิตเวช

せいしん か もんしんひょう 精神科問診票



กรุณาใส่เครื่องหมาย ใน 🗹 ข้อสอบถามต่างๆดังต่อไปนี้ ฮてผสสอยดะチェックしてください ปี ^{รัก} เดือน คื วันที่

11 9 6 1 6 6 1 6 6 1 9 1 9 1 9 1 9 1 9 1	D610D81 10401 14 J01401	B 6 B 16 13 13 13 13 13 1	, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,		071870
ชื่อและนามสกุล ^{なまถ} ื				□ชาย 第	⊔หญิง ชั่
วันเดือนปีเกิด 生年月日		ปี 年เดือา	เ月วันที่ 🛱	เบอร์โทรศัพท์ 🛱	話
ที่อยู่ 住所					
มีใบประกันสุขภาพหรือ	プリ けんこう ほけん も 健康保険を持って	ていますか?	□มี はい	่ ่ ไม่มี เงเงิ	
สัญชาติ 🖾 🧱			ภาษา 言葉		
มีอาการอย่างไร ๕๖๐฿	したか				
□นอนไม่หลับ 臓れない □มีความกังวลและเกิดส □แม้ว่าไม่มีใครอยู่รอบ □อารมณ์เศร้า >つ気分 □ความรู้สึกเหมือนว่ามี □หมดสติ 意識がなくなる □ตื่นเต้นง่าย 翼蓋しやすい □อื่น ๆ その徳	เตัว แต่รู้สึกได้ยิน ใครมองเราอยู่∑ั	เสียงของคนอื่น 🛱	「ニック発作 かた りに人がいないのに声が □ ไม่มีชีวิตชีวา 売	気がない สนุกสนานผิดปกต ะเง	
มีอาการตั้งแต่เมื่อไร 🔫					
ตั้งแต่ปี	年เดือน	月วันที่	さ 日から		
เคยมีอาการแพ้ยาและผ	อาหารหรือไม่ 薬ャ	たもの 食べ物でアレルギーが	で 出ますか		
□ เคย はい → □ ยา 薬 □	□ □□□ 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 	อื่นๆ その他	□ไม่เคย เงเงえ		
ชื่อของผู้ที่ติดตามมาที่					
เกี่ยวข้องอะไรกับคนไข้				その他 → (
มาพบแพทย์วันนี้เป็นคา					
□เจ้าตัวเอง 奉ん □ □อื่น ๆ その他 → (ครอบครัว 家族	□เพื่อน 爱人)	□ ตำรวจ 警察	่	道 勤務先の人
วัตถุประสงค์ของการพร	บแพทย์ในวันนี้ คื	ออะไร 本日の受診の	また。なん 目的は何ですか		
□ขอวินิจฉัย โรค 診断 □รักษา โรค 治療 □ขอให้แนะนำ โรงพยา □อื่น ๆ その値 → (บาลที่อื่น ่紹介)		เจฉัย โรค 診断書 าตัวที่ โรงพยาบาล ้ เจากแพทย์ セカンド	
ขณะนี้ตั้งครรภ์อยู่ หรือ	อาจตั้งครรภ์หรือ	しょ 妊娠していますか、	またその可能性はありまで	すか	
่ □ตั้งครรภ์ はい →	เดือน ヶ月	่ □ไม่ได้ตั้งครร	ภ์ เเเวิ		
ให้นมบุตรอยู่หรือไม่ 虔				□ให้ はい	□ไม่ให้ เงเงえ
ปัจจุบันมีโรคที่กำลังรัก	ษาอยู่หรือไม่ ^{เมื่อ} ไ	たりょうちゅう びょうき 三治療中の病気はありま	すか		
□มี ^เ ่≭เง → ชื่อของสถาเ	มรักษาพยาบาล 🖺	りょうきかんめい 医療機関名			่ ∐ไม่มี เงเงえ
ปัจจุบันกินยาอยู่หรือไม <i>่</i>	ががめの 現在飲んでいる薬は	 ありますか			

〈1/2ページ〉

่ □ไม่ได้กิน เงเงえ

□**กิน** はい → **โปรดแสดงยาที่กิน** รื่っていれば覚せてください

ที่ผ่านมาเคยป่วยเป็นโรคอะไรบ้าง 🚔 สดเ	で _{ようき} たかかった病気はありますか
□โรคสมองเสื่อม ๎認知ౖ่ธั	□โรคติดสุราและติดยาเสพติด アルコールや薬物依荐 โรคบ้าคลั่ง ҇҇ӝ҈ҕ □โรคจิตบ้าคลั่งสลับอาการซึมเศร้า ҇҈ӝี่ัฐิ □โรคซึมเศร้า ҈҇Ӗั่ฐิ
□อาการผิดปกติทางอารมณ์ 気分障害 → □ ๋	โรคบ้าคลั่ง 躁病 🗆 โรคจิตบ้าคลั่งสลับอาการซึมเศร้า 躁鬱病 🗆 โรคซึมเศร้า 👺 ลี
□อาการดื่นตระหนก パニック	□โรคนอนไม่หลับ ^{죠.みん} に差
□ โรคบุคลิกภาพผิดปกติ パーソナリティー障害	ี □โรคความผิดปกติทางด้านการพัฒนา 紫達障害
「โรคบุคลิกภาพผิดปกติ パーソナリティー障害 「ปัญญาอ่อน 精神遊湍 「うらうちょうしょう 「โรคจิตเภท 統合失調症	่□โรคลมบ้าหมู てんかん
□ โรคจิตเภท 統合失調症	□ โรคกลุ่มอาการเคลื่อนไหวมากเกินปกติ(โรคสมาธิสั้น)注意欠陥(如)多動性障害
□ อื่น ๆ その ^施 → ()
ครั้งต่อไป สามารถนำล่ามมาเองได้หรือไม	こん で っラヤヘ じぶん っ う今後、通訳を自分で連れてくることができますか
่ □ได้ ฝเง □ ไม่ได้ เงเงえิ	

https://www.kifjp.org/medical



(2024.4)

แบบสอบถามอาการแผนกเด็ก

ル児科問診票

เดือน 月 **引**ねん กรุณาใส่เครื่องหมาย ใน 🗹 ข้อสอบถามต่างๆดังต่อไปนี้ あてはまるものにチェックしてください วันที่ ⊟ี ่□หญิงชื่ ชื่อและนามสกุลของเด็ก รุ้ย่อด落ีถื ปี 年 เดือน ค วันที่ 🛱 วันเดือนปีเกิด 生年月日 เบอร์โทรศัพท์ 電話 **ที่อย่** 住所 มีใบประกันสุขภาพหรือไม่ 健康保険を持っていますか? **⊐มี** はい ุ⊓**ไม่มี** เงเงส์ **ภาษา** 言葉 สัญชาติ 国籍 มือาการอย่างไร どうしましたか **องศา**) 熱がある 口เจ็บคอ のどが痛い **⊓ไอ** せき □ชัก ひきつけをおこす □**ซึมเศร้า** 売気がない **□หงุดหงิด** 機嫌が悪い □บวม むくみ □**1**|2のห้ว ^{動まいた} 頭が痛い □ปวดกระเพาะอาหาร 胃が痛い **□ ปวดท้อง** お腹が痛い **□ปวดหน้าอก** 胸が痛い ⊓เป็นผื่นแดง 繁しん ่⊓อาเจียน ่ั่ํํํ๋ี่เ±ี้ □เบื่ออาหาร 食欲がない ุ⊓คลื่นใส้ น_{ี้} き気 ุ ุ ท้องเสีย ^斤ฦ ่ □อุจจาระเป็นเลือด 並ん □ไม่ค่อยดื่มนม ミルクの飲みが緩い □ อื่นๆ その他 ตั้งแต่ปี 🋱 **มีอาการตั้งแต่เมื่อไหร่** それはいつからですか เดือน ฅ็ ว**ันที่** 🖽 กร เด็กเคยมีอาการแพ้ยาและอาหารหรือไม่ 薬や食べ物でアレルギーが出ますか □เคย はい→□ยา 薬 □ไข่ ᆥ □นม 準乳 □อาหารนอกจากไข่และนม その他の養べ物 □อื่นๆ その他 ่⊓ไม่เคย เงเงิ **ปัจจุบันกินยาอยู่หรือไม่** ^เ็นสงาก 現在飲んでいる薬はありますか □**กิน** はい → **โปรดแสดงยาที่กิน** รื่อา เกนเผื่อ せてください ่ □ไม่ได้กิน เงเงぇ เด็กสามารถกินยาชนิดไหน どんな種類の薬が飲めますか **□ยาเม็ดหรือแคปซูล** 錠剤またはカプセル □**ยาผง** 粉薬 **⊓ยาน้ำ** シロップ ประวัติแรกเกิดของเด็ก 出産の時のようす **อายุของมารดา** 母親の年齢 น้ำหนักของเด็กทารก _____ กรัม कี่กระหดัด体重 □คลอดผิดปรกติ 異常分娩 □**ผ่าตัดทำคลอด** 帝王切開 ุ ุ ุ คลอดปรกติ 正常分娩 ได้รับการฉีดวัคซีนอะไรบ้างแล้ว 接種済み予防接種 ่ □เชื้อแบคทีเรียไข้หวัดใหญ่ชนิดบี ヒブ □เชื้อแบคทีเรียชนิดหนึ่ง ซึ่งทำให้เกิดปอดอักเสบอาการหนัก 肺炎球菌 □วัคซีนรวม3ชนิด (ไอกรน คอตีบ และบาดทะยัก) 三種混合 ่ ⊓โปลีโอ สบุส □วัคซีนรวม 4 ชนิด 四種混合 ุ บ**ี**.ซี.จี. BCG □การฉีดวัคซีนเอ็มอาร์ (โรคหัด・โรคหัดเยอรมันรวมกัน) क しん え しん 混合 □อีสกอีใส ※ぼうそう □คางทูม おたふく風邪 □ โรคไข้สมองอักเสบ 日本脳炎 **□ไวรัส โรต้า** □タウィルス □อื่นๆ その他 **ที่ผ่านมาเด็กเคยป่วยเป็นโรคอะไรบ้าง** 今までにかかった病気はありますか **□หัดเยอรมัน** 嵐しん **⊓หัด** 森しん ⊓หอบหืด ぜんそく ____โรคคะวะชะกิ 川崎病 □คางทูม おたふく風邪 ่ □**ไอกรน** 古日ぜき □ใส้ติ่งอ้กเสบ 虫垂炎 □เกิดเป็นผื่นกระทันหัน 突霧性緊しん □โรคไข้สมองอักเสบ 日本脳炎 □ชักเกร็งเนื่องจากมีไข้สูง 氣性けいれん □อื่นๆ その他 **ปัจจุบันมีโรคที่กำลังรักษาอยู่หรือไม**่ 現在名響している病気はありますか **⊓มี** はい ่ ⊓ไม่มี เงเงณ **เคยได้รับการผ่าตัดหรือไม่** 手術を受けたことがありますか ่ ⊓ไม่เคย เงเงิ **⊓เคย** はい เคยใช้ยาสลบแล้วมีปัญหาหรือไม่ 麻酔をして何かトラブルがありましたか ่ □ไม่เคย เงเงิ 口[คย] はい ครั้งต่อไป สามารถนำล่ามมาเองได้หรือไม่ 今後、通訳を自分で連れてくることができますか ุ⊓**ได้** เ≴เง **่⊓ไม่ได้** เงเง*ร*ี.

แบบสอบถามอาการแผนกโรคผิวหนัง

ひょかもいいう 女膚科問診票 ภาษาไทย _{タイ語}

กรุณาใส่เครื่องหมาย ใน 🗹 ข้		1 年	เดือน 月	วันที่ ^เ ≅ี		
ชื่อและนามสกุล ^{な 転}			□ชาย 第		หญิง 🌣	
วันเดือนปีเกิด ^{นั้นจุนท้าง} ช	เดือ	าน ฅีวันท็	า่ ⊟ี เบอร์โทรค์	ไฟท์ 電話		
ที่อยู่ 住所						
มีใบประกันสุขภาพหรือ	」 はか。 き 健康保険を持っていますか?	□มี はい	่ □ไม่มี เหเ	え		
สัญชาติ 国籍		ภาษา				

มีอาการอย่างไร どうしましたか	โปรดทำเครื่องหมายวงกลมตรงที่มีอาการ 症状のあるところに丸をしてください
□มีไข้(องศา) 熱がある □เจ็บ 痛い □คัน かゆい	
🗆 แผลพุพอง やけど 💢 เป็นผื่นแดง 繁しん 🗆 กลากเกลื่อน 湿し	h (a)
ロ ปาน あざ ロ【は ほくろ ロตำหนิ しみ ロ โรคน้ำกัดเท้า 深蛍 ロ อาการแสบ じくじくしている ロ อื่น ๆ その値	
□โรคน้ำกัดเท้า 災蛍 □อาการแสบ じくじくしている □อื่นๆ その値	
มีอาการตั้งแต่เมื่อไหร่ それはいつからですか	
ตั้งแต่ปี 眷 เดือน 角 วันที่ 🗄 กร	
อาการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ その症状は変化していますか	
□เปลี่ยนแปลง はい □ไม่เปลี่ยนแปลง いいえ	
เคยมีอาการแพ้ยาและอาหารหรือไม่ 、薬や食べ物でアレルギーが出ますか	
\square に何里 はい \to \square ยา $\overset{(sp)}{\mathbb{R}}$ \square อาหาร $\overset{t}{\mathbb{R}}$ $\overset{to}{\mathbb{R}}$ \square $\overset{to}{\mathbb{R}}$	
ปัจจุบันกินยาอยู่หรือไม่ 現在飲んでいる薬はありますか	
□กิน はい → โปรดแสดงยาที่กิน 持っていれば覚せてください □ไม่ได้กิน いいえ	
ขณะนี้ตั้งครรภ์อยู่ หรืออาจตั้งครรภ์หรือไม่ 妊娠していますか、またその可能性はありますな	Λ
ロตั้งครรภ์ はい → เดือน が月 □ไม่ได้ตั้งครรภ์ いいえ	
ให้นมบุตรอยู่หรือไม่ 授乳中ですか	่ □ให้ ฝเง □ไม่ให้ เงเงえ
ที่ผ่านมาเคยป่วยเป็นโรคอะไรบ้าง 📥 までにかかった病気はありますか	
□ โรคกระเพาะอาหารและลำไส้ 胃腸の病気 □ โรคตับ 許臓の病気 □ โรคตับ 許臓の病気 □ โรคไต 腎臓の病気 □ วัณโรค 結核 □ โรคเบาหวาน 糖尿	□โรคหัวใจ 心臓の病気
□ โรคไต 腎臓の病気 □ วัณโรค 結核 □ โรคเบาหวาน 糖房 □ โรคความดันโลหิตสูง ลื่อยะ □ โรคเอดส์ エイズ □ โรคต่อมไทรอยด์	びょう 実病 □ หอบหืด ぜんそく
□อื่นๆ その他	甲状腺の病気 □・・ □ ・ □ ・ □ ・ □ ・ □ ・ □ ・ □ ・ □ ・ □
ปัจจ ุบันมีโรคที่กำลังรักษาอยู่หรือไม่ 現在治療している病気はありますか	ี่⊓มี はい ่ ่ ่ ่ ่ ไม่มี เงเงิ
เคยได้รับการผ่าตัดหรือไม่ 手術を受けたことがありますか	□เคย はい □ไม่เคย いいえ
เคยใช้ยาสลบแล้วมีปัญหาหรือไม่ 麻酔をして何かトラブルがありましたか	□ เคย はい □ ไม่เคย いいえ
ครั้งต่อไป สามารถนำล่ามมาเองได้หรือไม่ 今後、通訳を自分で連れてくることができますか	
□ ได ้ ฝง □ ไม่ได้ เงงนั	

แบบสอบถามอาการแผนกสูตินารีเวช 産婦人科問診票



กรุณาใส่เครื่องหมาย ใน 🗹 ข้	้อสอบถามต่างๆดังต่อไปนี้	してください		1 年	เดือน 月	วันที่ ⊟ี
ชื่อและนามสกุล 名前			□ชาย 第		หญิง ^{ชั} ้	
วันเดือนปีเกิด 生年月日	เดือน 🛱	์ วันที่ 🛱	เบอร์โทรศั	พท์電話		
ที่อยู่ 住所						
มีใบประกันสุขภาพหรือ	します はかっち はまり はまり はままり はまます はまます はまま はまま はまま はまま はまま はまま はまま は	่ □ มี はい	่ □ไม่มี เงเงลี	ز		
สัญชา ติ 国籍		ภาษา 言葉				
ส่วนสูง 身長	cm	น้ำหนัก 体重				kg
มือาการอย่างไร どうしま						
□ ตั้งครรภ์ 妊娠	□ ประจำเดือนผิดปรกต ิ 月経の異常	ี ตุกขาว สりもの		ี่ ⊐ปวูดท้	1้องน้อย 下腹部	が痛い
 ⊓มีเลือดออกผิดปรกดิ์ที	า้อวัยวะเพศ 不正性器出血	ี ⊣ติ่งเนื้องอก #	ポリープ	⊓เนื้องก	อกที่รังไข่ ^{మై}	う腫瘍

มอาการอยางไร どうしましたか							
□ ตั้งครรภ์ 妊娠 □ประจำเดือนผิดปรกติ 月経の異常 □ตกขาว おりもの □ มีเลือดออกผิดปรกดิที่อวัยวะเพศ 不正性器出血 □ติ่งเนื้องอก ポリーロール 「いましゅっけっしゅ」 □ คันที่อวัยวะเพศ 性器のかゆみ □เนื้องอกที่มดลูก □ มีบุตรยาก 不妊症 □โลหิตจาง 貧血 □อื่นๆ その他	ープ ロップ ลู ลูกที่รับได้ 卵単のう睡疸						
เกี่ยวกับประจำเดือน 生理について							
เริ่มมีประจำเดือนครั้งแรกเมื่อไหร่ 物めて生産があったのはいつですか	อายุปี ᅔ						
หมดประจำเดือนเมื่อไหร่ 閉経はいつですか	อายุปี 🕏						
ประจำเดือนมาปรกติหรือไม่ 生理は順調ですか	บปรกติ はい บไม่ปรกติ เงเงえั						
ครบรอบประจำเดือน 周期について							
ประจำเดือนมากี่วัน 空埋の顛間について	วัน 日間						
ปริมาณของประจำเดือน 世辺 ต่อ	え						
ปวดประจำเดือน 生理痛はありますか	่ □มี はい □ไม่มี いいえ						
ประจำเดือนครั้งสุดท้ายเมื่อไหร่ 最終月経は	เดือน 🋱 วันที่ 🛱						
เคยมีเพศสัมพันธ์หรือไม่ 性交経験はありますか	□ เคย はい □ไม่เคย いいえ						
ประวัติการตั้งครรภ์ 妊娠した回数							
□ ตั้งครรภ์ 妊娠 ครั้ง							
ผู้ที่ตั้งครรภ์มีความประสงค์จะคลอดที่โรงพยาบาลนี้หรือไม่ 妊娠の方は当院での出産を希望し	สราท □ต้องการ はい □ไม่ต้องการ いいえ						
เคยมือาการแพ้ยาและอาหารหรือไม่ 薬や食べ物でアレルギーが出ますか							
□เคย はい → □ยา 薬 □อาหาร 食べ物 □อื่นๆ その他 □ไม่เคย いいえ							
ปัจจุบันกินยาอยู่หรือไม่ 現在飲んでいる薬はありますか							
□กิน はい → โปรดแสดงยาที่กิน ห้ัวていればี้ยี่せてください □ ไม่ได้กิน いいえ							
เคยได้รับการตรวจมะเร็งหรือไม่ がん検診を受けたことがありますか							
เคยได้รับการตรวจมะเร็งหรือไม่ がん検診を受けたことがありますか	ខ いいえ						

ที่ผ่านมาเคยป่วยเป็นโรคอะไรบ้าง 👇 までにかかった病気はありますか									
□โรคกระเพาะอาหารและลำไส้ 背腸の病気 □โรคตับ 肝臓の病気 □โรคหัว ใจ 心臓の病気 □โรคไต 腎臓の病気 □ โรคหัว ใจ 心臓の病気 □ โรคไต 腎臓の病気 □ โรคเบาหวาน 糖尿病 □ โรคเบาหวาน 糖尿病 □ โรคเบาหวาน 糖尿病 □ โรคเบาหวาน たい □ โรคต่อมไทรอยด์ 甲状腺の病気 □ โรคต่อมไทรอยด์ 甲状腺の病気 □ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 性病 □ อื่นๆ その他							<u>读述</u> 丙気		
เคยได้รับการผ่าตัดหรือไม่ 手術を受けたことがありますか □ เคย はい □ ไม่เคย いいえ									
เคยได้รับการถ่าย โลหิตหรือไม่ 輸血を受けたことがありますか □ เคย はい □ ไม่เคย いいえ								いいえ	
ประวัติทางการแพทย์ของครอบครัว 家族の病歴									
	27 2 ***********************************	แ ข็งแรง เหลือ 健康	ไม่แข็งแรง けんごう 健康ではない	โรคกรรมพันธุ์ เซ่งบังวั 遺伝病	ความดัน โลหิดสูง ਫ਼ੈਗ਼ੈਸ਼ 高血圧		โรคเบาหวาน とうにようびょう 糖尿病	มะเร็ง がん	
พ่อ 🌣	()								
แม่ 母	()								
พี่ชายน้องชาย Da	()								
พี่สาวน้องสาว 姉妹	()								
สามี 夫	()								
บุตร รุ๊ัย่ง	()								
ครั้งต่อไป สามารถนำล่ามมาเองได้หรือไม่ 今後、通訊を自分で連れてくることができますか									
□ ได ้ ฝง □ ไม่ได้ งงงุรั									

http://www.kifjp.org/medical



⟨2024.8⟩

ずなん เ**ดือน** 月 กรณาใส่เครื่องหมาย ใน ๙ ทักสอบถามต่างๆดังต่อไปนี้ ธัสเมริจิย์อเลียงประชา

11 åem 1 eelet 1 an 41 to 10 em 🖂 moein ne	AN IA INIANIDED R as closes a case a = 3.5	01,001	В.	601D1673 61611 ~		
ชื่อและนามสกุล 名前				⊒หญิง ^{ฆั} ช		
วันเดือนปีเกิด 生年月日	ปี 年เดือน รื่	ื้ว ันที่ 🛱	เบอร์โทรศัพท์ 電話			
ที่อยู่ 住所						
มีใบประกันสุขภาพหรือไม่ 健康	まけん も 呆険を持っていますか?	□มี はい	่ ∐ม่มี เงเงล			
สัญชาติ 国籍		ภาษา 🚉				
มีอาการอย่างไร どうしましたか		77	21			
		□ ทั้งสองข้าง 両眼	่⊐น้ำต	าไหล ั่ะั่งเป็る		
ロ ปวด 痛い ロロロロロロロロロロロロロロロロロロロロロロロロロロロロロロロロロロロ		□ ตาบวม はれもの				
□มองเห็นของซ้อนกัน 物が二重に	ABNINGIAMIGM 兄んにへい 見える	□แสบตา まぶしい	่ □อื่นๆ	その他		
มือาการตั้งแต่เมื่อไหร่ それはเงว						
ตั้งแต่ปี 年	เดือน 月วันที่ 🖽	·6				
เคยมีอาการแพ้ยาและอาหารห	รือไม่ 薬や食べ物でアレルギーが出る	ますか				
□เคย はい → □ยา 薬 □อาหาร	た 食べ物 □ อื่นๆ その他	่ ∐ม่เคย เงเงえ				
ปัจจุบันกินยาอยู่หรือไม่ 現在飲ん	でいる薬はありますか					
□กิน はい → โปรดแสดงยาที่กิน						
ขณะนี้ตั้งครรภ์อยู่ หรืออาจตั้งค			か			
ุ ่ ตั้งครรภ์ はい → เดือน	🤲 □ไม่ได้ตั้งครรภ์	, いいえ				
ให ้นมบุตรอยู่หรือไม ่ 授乳中ですか			□ให้ はい	่ ∐ม่ให้ เงเงえ		
เคยใช้ยาสลบแล้วมีปัญหาหรือ			□เคย はい	่ ไม่เคย เงเงえ		
ที่ผ่านมาเคยป่วยเป็นโรคอะไรบ้าง 🖐 までにかかった病気はありますか						
□โรคกระเพาะอาหารและลำไส้	いちょう びょうき 胃腸の病気	□ โรคตับ 荒臓の病気	ู้ เ	คหัวใจ 心臓の病気		
□ โรคไต 腎臓の病気 エ ※ 5 A ジャッシャ	□วัณโรค 結核 ▽ รี	□โรคเบาหวาน 糖原	京病 □ Y0	บห ืด ぜんそく ไถิส 梅毒		
□ โรคความดัน โลหิตสูง 高血症症 □อื่นๆ その他	ะ □ เรคเอดส ±1人	่ □โรคต่อมไทรอยด์) 甲状腺の病気 □ 9⅓ ₩	ถิ		
ปัจจุบันมีโรคที่กำลังรักษาอยู่หร			□มี はい	□ไม่มี เงเงえ		
ในครอบครัวของคุณมีผู้ป่วยเป็	นโรคตาหรือไม่ 家族で目の病気の	_{ひと} の人がいますか	·			
ロมี いる → ใคร 誰が □ไม่มี いない	โรคอะไร それは	^{び<u>ようき</u> どんな病気ですか}				
ครั้งต่อไป สามารถนำล่ามมาเอ	い しばれรือไม่ 今後、通訳を自分で連	れてくることができますか),			

่ ได้ ฝง

่ ∐ไม่ได้ เงเงえ

แบบสอบถามอาการแผนกหู จมูก ลำคอ ผู้ มี เป็น เลือง การแผนกหู จมูก ลำคอ ผู้ ผู้ แผ่ง สาย การแผนกหู จมูก ลำคอ

4	ท	
	ภาษาไทย	
	01 1 2 1011 2	
	タイ語	
	, I HH	

1 年 เ**ดือน** 月 วันที่ ^{เธ} กรุณาใส่เครื่องหมาย ใน 🗹 ข้อสอบถามต่างๆดังต่อไปนี้ ธてはまるものにチェックしてください

ฐอนอะหาทุดเโต 垣 🖽					เมเกิส 🛪
วันเดือนปีเกิด 生年月日	ปี 🋱เ	เดือน 月	วันที่ 🛱	เบอร์โทรศัพท์ 電話	
ที่อยู่ 住所					
มีใบประกันสุขภาพหรือ	えば は、 も 健康保険を持っていますか?	□มี はい		่ ∐ม่มี เงเงえ	
สัญชาติ 🖼 🏗		ภาษา 喜	ば む L		

มือาการอย่างไร どうしましたか					
□ มีไข้ (องศา) 熱がある □ ปวดศรีษะ ^{動まい}ない		□รู้สึกหนักศรีษะ 頭が □ รู้สึกหนักศรีษะ			
อาการทางหู ^{ชั} ศ ก _{็แล้วในวิ}					
□ข้างขวา 右 □ข้างซ้าย 左 □หูเป็นน้ำหนอง ヸたれ □หูอื้อ ヸなり □ฟังไม่ค่อยชัด 聞こえが悪い □รู้สึกหูตึง ヸがふさがった感 อาการทางจมูก 鼻の症状	□ ทั้งสองข้าง 両方 □ ขี้หู	□ ปวดหู 耳が痛い □ เวียนศรีษ ะ めまい			
□คัดจมุก 鼻がつまる □น้ำมูกไหล 鼻がでる □กรน いびき □ไม่ได้กลิ่น においがわから		□เลือดกำเดา 鼻血			
อาการทางคอ のどの症状					
□เจ็บลิ้น รั้ท่ัสั๊เง □เจ็บคอ のどがัสิ้เง □ไอ せき □เสมหะ たん □รู้สึกมีอะไรจุกคอ のどに何かある懲じ □เสียงแหบ 善がかれる □กลืนไม่ค่อยได้ ซิみ込みにくい □หน้าบวม คอบวม 籏・鑚部(くび)の腫れ □อื่นๆ その徳					
มีอาการตั้งแต่เมื่อไหร่ それはいつからですか	ตั้งแต่ปี 準	เดือน ฅ วันที่ 🛱 ท่อ			
เคยมีอาการแพ้ยาและอาหารหรือไม่ 薬や食べ物でアレルキ	デーが出ますか				
□เคย はい → □ยา薬 □อาหาร 食べ物 □อื่นๆ その他 □ไม่เคย いいえ					
ปัจจุบันกินยาอยู่หรือไม่ 現在飲んでいる薬はありますか					
□ กิน はい → โปรดแสดงยาที่กิน 持っていれば見せてください					
ขณะนี้ตั้งครรภ์อยู่ หรืออาจตั้งครรภ์หรือไม่ 妊娠していま	すか、またその可能性はありますか				
่ □ตั้งครรภ์ はい → เดือน ็ ヶ月 □ไม่ได้ตั้ง	าครรภ ์ เหน				
ให้นมบุตรอยู่หรือไม ^{้เ} ซ็มิ่ากัก		่ □ให้ はい □ ไม่ให้ いいえ			
ดื่มเหล้าหรือไม่ お灩を飲みますか	ี	.ล. ml/⊟ □ไม่ดื่ม เงเงえ			
สูบบุหรี่หรือไม่ たばこを吸いますか	ี	วน 本/္ □ไม่สูบ いいえ			
เคยได้รับการผ่าตัดหรือไม่ 手術を受けたことがありますか		□ เคย はい □ ไม่เคย いいえ			
เคยได้รับการถ่ายโลหิตหรือไม่ 輸血を受けたことがあります		□ เคย はい □ ไม่เคย いいえ			
เคยใช้ยาสลบแล้วมีปัญหาหรือไม่ 麻酔をして何かトラブルた	□ เคย はい □ไม่เคย いいえ				
ครั้งต่อไป สามารถนำล่ามมาเองได้หรือไม่ 今後、通訳を自分で連れてくることができますか					
□ ได ้ ฝเง □ ไม่ได้ เงเงえั					

แบบสอบถามอาการแผนกทันตกรรม

		歯科問	引診票				7-	1 語
กรุณาใส่เครื่องหมาย ใน 🗹 ข้	อสอบถามต่างๆดังต่อไปนี้ ธरผ	まるものにチェックし	ってください		ปี	ねん 年	เดือน 月	วันที่ [⊟] ี
ชื่อและนามสกุล 名前				่ □ชา	別 男	่⊟ห	រឿល ^{ដ្ឋា} វ៉	
วันเดือนปีเกิด 生年月日		เดือน ฅ	์วันที่	ដ 日 เบอร์	ร์โทรศัพท์	でんち電話		
ที่อยู่ 住所								
มีใบประกันสุขภาพหรือ	【jj ぱぱっぽぱん も 健康保険を持っていますか?		่ 🗆 มี はい	่ □ไม่	่มี เกเกร			
สัญชาติ ^{조ズ 世語}			ภาษา 言葉					
มือาการอย่างไร どうしま								
□ต้องการรักษาฟันผุ 蛍 □ฟันปลอมแตก ఏกь ธ่องการขุดหินปูนและ	ะคราบติดฟัน 歯右・歯こうを取	[⊐ต้องการทำพิ ⊐ต้องการจัดพิ ⊐กลิ่นปาก ี⊐ี่ย็	ในปลอม) ใน 歯並びを	、 れ歯を作りが 治したい	่ □จัดทั	√u 検診 continue to the continue to the con	
เคยมีอาการแพ้ยาและอ	าาหารหรือไม่ 薬や食べ物でア	プレルギーが出ま 	きすか					
	อาหาร ธุ้べ物 □อื่นๆ その	他	่ □ไม่เคย เหเ	え				
ปัจจุบันกินยาอยู่หรือไม่	^{(thさいの} 現在飲んでいる薬はありますか							
่ □กิน はい → โปรดแสดง	ยาที่กิน 持っていれば見せてく	ださい	่ □ไม่ได้กิน เงเ	ハえ				
เคยใช้ยาสลบแล้วมีปัญ	มหาหรือไม่ 麻酔をして何かトラ	ラブルがありまし	たか		่ □เคย は	い	่ ∐ม่เคย เง	いえ
เคยถอนฟันหรือไม่ 🏻 🏝					□เคย ๘เ	۱١	่ ∐ม่เคย เง	いえ
ขณะนี้ตั้งครรภ์อยู่ หรือส	อาจตั้งครรภ์หรือไม่ 妊娠し	ていますか、また	:その可能性はあり)ますか				
ุ ่ ต ั้ งครรภ์ /่はい →	_ เดือน ケヤチ □ไม่	ได้ตั้งครรภ์	いいえ					
ให้นมบุตรอยู่หรือไม่ 授	^{ゅうちゅう} 乳中ですか				่ □ให้ เ่่นเ	١	่ □ไม่ให้ เงเง	 え
	รคอะไรบ้าง 今 สังเกษากระ	_{びょうき} 病気はあります	か					
□ โรคกระเพาะอาหารแล □ โรคไต 腎臓の病気 □ โรคความดันโลหิตสูง □อื่นๆ その他	ละลำไส้ 胃腸の病気 □วัณโรค 結核 :====================================		□โรคตับ 觧鬛 □โรคเบาหวา □โรคต่อมไทร	とうにょうびょう りょう 糖尿病			iolg 心臓の病気 ng ぜんそく は、ど ng 梅毒	
	ษาอยู่หรือไม่ 現在治療してい	_{びょうき} る病気はありま	 すか		_ มี はい			
ความประสงค์ที่จะรักษา	ちりょう たい きぼう 一治療に対する希望				<u>'</u>			
ุ □ต้องการรับการรักษาเ □รับการรักษาและยินย เ □ต้องการรับการรักษา <i>ม</i>	ฟันที่ไม่ดีทั้งหมด ﷺいところเ ฉพาะฟันที่ปวดในขณะนี้ อมจ่ายค่ารักษาทั้งหมด ≜ั กายในขอบเขตของประกับ ตัดสินว่าจะรับการรักษาอ	まいた 今痛い歯だけを ひしんりょう 費診療でもかま よ 煮別ภาพ 保険	治したい わない しないないなか 後の範囲内で治し	<i>†</i> こい				

ครั้งต่อไป สามารถนำล่ามมาเองได้หรือไม่ 今後、通訳を自分で連れてくることができますか

่ ได้ เ่นเง

่ ∐ม่ได้ เงเงえ